

Individualizar al máximo, clave en el abordaje y control de la diabetes

▶ Dos nuevos consensos de la SED sobre farmacoterapia y uso de tiras, apreciados ante la escasez de documentos similares, piden ajustar medicamentos y uso de tiras a las características de cada paciente

L. M.

lua.monasterio@correofarmacautico.com

La famosa frase *Yo soy yo y mi circunstancia*, del filósofo José Ortega y Gasset, vendría de perlas a los documentos de consenso que la Sociedad Española de Diabetes (SED) presentó en Madrid. Ambos llaman la atención sobre la importancia de afinar tanto en la pauta farmacoterapéutica como en el uso de tiras reactivas que deben seguir los diabéticos. "La decisión definitiva dependerá en cada momento del clínico, que deberá individualizar las características del tratamiento según las características del paciente", reza el primero, centrado sólo en la hiperglucemia del tipo 2 de la enfermedad. "La frecuencia en la medición de glucemia debe ser individualizada en función de las características específicas de cada persona con diabetes", dice el segundo.

Los documentos cuentan con una valoración positiva por parte de los expertos consultados por CF. No tanto por lo novedoso de su contenido cuanto por su afán unificador y la falta de iniciativas similares en España. "Es el primer documento de tratamiento que hacemos", dice Edelmiro Menéndez, vicepresidente y coordinador del grupo de trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la SED y

CÓMO Y CUÁNDO USAR LAS TIRAS REACTIVAS

Recomendaciones de la SED sobre la medición de la glucemia capilar en personas con diabetes.

Tipo de tratamiento	Control glucémico estable	Control glucémico no estable**	Tipo de tratamiento
Medidas no farmacológicas	0 ¹	1 vez al día o 7 veces por semana ³	¹ Estaría justificada en educación terapéutica (forma temporal)
Fármacos que no provocan hipoglucemias ²	0 ¹	1 vez al día o 7 veces por semana ³	³ Metformina, glitazonas, Inhibidores de la DPP-4, análogos del GLP-1 e inhibidores de las alfa-glucosidasas
Fármacos que sí provocan hipoglucemias ⁴	1 vez por semana	1 vez al día o 7 veces por semana ³	³ 1 vez al día pre o postingesta o un perfil de 7 puntos en un día ⁴ Sulfonilureas y glinidas
Insulina basal ⁵	3 vez por semana	2-3 veces al día	⁵ Con o sin terapia oral
Insulina bifásica o NPH en dos/tres dosis	1-3 veces al día	2-3 veces al día+perfil 6-7 puntos/día/semana	
Terapia insulina bolo-basal	3-4 veces al día+perfil 6-7 puntos/día/semana	4-7 veces al día	
Bombas de insulina	4-10 veces al día	Individualizar (valorar monitorización continua de la glucosa)	

¹ En situaciones intercurrentes de especial complejidad y en diabetes infanto-juvenil, la frecuencia del autoanálisis debe realizarse de forma individualizada y limitada en el tiempo mientras persista la situación.
² En casos de inicio y/o cambie de tratamiento y/o ante cifras glucémicas fuera de objetivos y/o hipoglucemias.
Nota: En pacientes con DM1 se recomienda la medición de cuerpos cetónicos en sangre y/u orina.

Fuente: Sociedad Española de Diabetes (SED).

jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Central de Asturias, en relación al consenso de fármacos. "Será muy útil en la práctica porque, aunque la diabetes es bien conocida en atención primaria, cada médico sigue un algoritmo de una guía

[internacional] distinto", explica José Javier Mediavilla, coordinador del grupo de Diabetes de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen).

Además, a juicio de la SED, esos documentos adolecen de "concordancias y

discrepancias, dada la dificultad que representa la ausencia de ensayos clínicos con potencia suficiente que comparen las distintas pautas terapéuticas".

VARIEDAD

Los algoritmos y guías internacionales que mencio-

na Mediavilla ofrecen a los médicos posibilidades tan diversas porque el arsenal farmacoterapéutico contra la diabetes ha crecido en variedad en los últimos años. "Antes sólo había una familia de fármacos y un tipo de insulina. Ahora hay muchas más opciones", explica Menéndez. "Prendemos ordenar todo eso".

Esa variedad llevaría directamente a la necesidad de individualizar al máxi-

▶ "Los fármacos no son sustituibles entre sí. No hay 'café para todos' con la diabetes", dice Pedro Conthe

mo que establecen los consensos. "Los antidiabéticos y los distintos tipos de insulina no son sustituibles entre sí. No hay *café para todos* con la diabetes", afirma Pedro Conthe, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Respecto a las pautas farmacoterapéuticas, la SED estructura su guía en tres escalones. "El primero recomienda el uso de metformina, salvo en caso de contraindicación o intolerancia, para lo que se dan cuatro alternativas, entre las que se encuentran las glinidas y las glitazonas", desgrana Menéndez a CF. El segundo ofrece varias posibilidades de combinación de fármacos y el tercero contempla el uso de insulina y su posible combinación con medicamentos.

En el consenso de tiras reactivas, la SED recomienda que se tenga espacialmente en cuenta el tipo de diabetes, el grado de control de la enfermedad y el tratamiento del paciente (ver cuadro).

La SED asegura que las tiras reactivas suponen un 30% del coste y que su recomendación "no es restrictiva"

L. M. La Sociedad Española de Diabetes (SED) ofreció la semana pasada varias razones por las que su nuevo documento de consenso sobre uso de tiras reactivas para la medición de la glucemia capilar por parte de pacientes diabéticos sería útil. Una de ellas contempla que cada paciente se autoanalice la glucosa sería una buena forma de aportar información en tiempo real sobre sus oscilaciones de glucemia.

Eso no querría decir que las tiras reactivas, que suponen entre un 20 y un 30 por ciento del gasto farmacéutico de la diabetes, se deban usar de forma indiscriminada, ya que no siempre se aportaría un beneficio clínico. Por eso, según el discurso de la SED, sería tan importante racionalizar su uso.

El consenso sobre tiras, incluidas en los sistemas autonómicos de sanidad y sujetas a un polémico deba-

te sobre financiación, incluye un logaritmo según el tratamiento y el control glucémico del paciente (ver cuadro). En él se considera que no sería útil que los diabéticos tipo 2 no insulinizados que tengan un control glucémico estable y que no tomen fármacos susceptibles de producir hiperglucemia usaran las tiras. Un criterio parecido al que siguió la Consejería de Sanidad valenciana a principios de año y que le

causó enfrentamientos con las Asociación Valenciana de Diabetes (ver CF del 22-II-2010).

"En nuestras recomendaciones sobre las tiras reactivas no hay ninguna intención restrictiva", asegura Edelmiro Menéndez, vicepresidente de la SED, a CF. "Queremos que a los pacientes con diabetes se les trate lo mejor posible, por lo que creemos que se deberían unificar los sistemas autonómicos".



Consulte los dos documentos de consenso de la SED en www.correofarmacautico.com